

המוסד לביטוח לאומי סניף מחלקת נפגעי עבודה	מספר תיק: תאריך פגיעה: שם:
---	----------------------------------

תביעה בגין ליקוי שמיעה – שאלון למבוטח

1. תאריך תחילת עבודה במפעל האחרון בו עבדת / עובד _____
2. מה מקצועך ? _____
3. באלו תפקידים הועסקת במפעל?
יש לציין תקופות העסקה, שם מנהל העבודה/ ממונה במפעל

התפקיד	התקופה	שם הממונה
_____	_____	_____
התפקיד	התקופה	שם הממונה
_____	_____	_____
התפקיד	התקופה	שם הממונה
_____	_____	_____
4. באלו תחנות עבדת? _____
5. עם אלו מכוונות ומכשירים עבדת והנך עובד?
יש לציין את שם המכונה / דגם/ שנת ייצור,

שם המכונה/ המכשיר	מס' שעות ביום	תקופת העבודה
_____	_____	_____
שם המכונה/ המכשיר	מס' שעות ביום	תקופת העבודה
_____	_____	_____
שם המכונה/ המכשיר	מס' שעות ביום	תקופת העבודה
_____	_____	_____
6. סמן היכן התבצעה העבודה ☐ מקום סגור ☐ מקום פתוח
7. האם בסביבת עבודתך פעלו מכוונות נוספות? ☐ כן ☐ לא
- ציין אלו מכוונות _____
8. האם השתמשת במגיני אוזניים? ☐ כן ☐ לא
9. האם נערכו בדיקות מפלסי רעש במקום עבודתך? ☐ כן ☐ לא
10. האם עברת בדיקות תקופתיות במסגרת עבודתך? ☐ כן ☐ לא

נא לצרף תוצאות הבדיקות המקוריות

פרטים על מקומות עבודה קודמים

11. האם לפני תחילת עבודתך ב- _____ נחשפת לרעש במקומות עבודה נוספים? פרט. _____
12. מקום העבודה _____ תקופת העבודה _____
תחנת העבודה _____ תפקידך והמכוונות איתן עבדת _____
מס' שעות עבודה _____

פרטים על עבודה בחו"ל

13. באיזו שנה עלית ארצה? _____

14. מה היה עיסוקך בחו"ל, לפני שעלית ארצה _____

15. האם בעבודתך בחו"ל נחשפת לרעש? ☐ כן ☐ לא

פרט _____

פרטים על השירות הצבאי

16. האם שרתת בצה"ל? ☐ כן ☐ לא

17. באיזה תפקיד? _____ מה הפרופיל הצבאי? _____

מספר אישי בצה"ל _____ יש לצרף צילום פנקס מילואים / תעודת פטור כולל דף סעיפי ליקוי

פרטים על הליקוי בשמיעה

18. מתי לראשונה חשת ירידה בשמיעה? _____

19. האם סבלת או הינך סובל מדלקות אוזניים? ☐ כן ☐ לא

20. באלו מרפאות טופלת בקשר לירידה בשמיעה?
קופת חולים _____ טיפול רפואי פרטי _____ מכון/ מרפאה _____
שמות הרופאים _____

21. האם אתה סובל או סבלת ממחלות כמו: סכרת / לב ☐ כן ☐ לא

האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע? ☐ כן ☐ לא

פרט אלו תרופות אתה נוטל _____

22. האם הגשת בעבר תביעה בגין ליקוי שמיעה למוסד לביטוח לאומי? ☐ כן ☐ לא

מתי? _____

הערות: _____

הנני מצהיר כי הפרטים שמסרתי לעיל נכונים

ידוע לי כי מסירת פרטים שאינם נכונים או העלמת מידע מהווים עבירה על החוק.

תאריך: ____ / ____ / ____ שם פרטי ושם משפחה: _____ חתימה: _____